UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 20

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'HYDROCÈLE COMMUNICANTE TUBERCULEUSE

SYMPTOME RÉVÉLATEUR de PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1909

PAR

Gabriel PELLAT

Né à Philippeville (Algérie), le 26 janvier 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président*
DE ROUVILLE, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

L'HYDROCÈLE COMMUNICANTE TUBERCULEUSE

SVMPTOME RÉVÉLATEUR

DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0101

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 20

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'HYDROCÈLE COMMUNICANTE TUBERCULEUSE

SYMPTOME RÉVÉLATEUR de PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1909

ACAD. LUGDUNENSIS BIBL.

PAR

Gabriel PELLAT

Né à Philippeville (Algérie), le 26 janvier 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, Professeur, *Président* ; DE ROUVILLE, Professeur ; SOUBEYRAN, Agrégé ; LEENHARDT, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon inaltérable affection

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE ET A SA FAMILLE

G. PELLAT.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR REY

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HÉRAIL

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉTIENNE CABANES

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

G. PELLAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

G. PELLAT.

A MES MAITRES

DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

G. PELLAT.

LIMINAIRE

Hier étudiant, demain praticien : telle est la réflexion que bien des candidats ne manquent pas de faire, lors de l'acte ultime de leurs études médicales. Nous sommes arrivé à ce moment critique et nous ne voulons pas nous lancer dans la vie nouvelle, pleine d'imprévu, qui nous attend, sans jeter un regard sur le passé et adresser de sincères remerciements à tous ceux qui nous ont entouré de leurs affectueux conseils.

Hélas ! notre joie d'être arrivé à la fin de nos études médicales serait complète, si nos pauvres sœurs, enlevées à notre affection à la fleur de l'âge, pouvaient la partager. Aussi tenons-nous à leur adresser ici, en première page de notre thèse inaugurale, l'hommage de notre profond amour et de nos regrets éternels.

Notre père et notre mère furent pour nous d'une bonté sans égale, oubliant nos fautes, toujours prêts à l'indulgence. Qu'ils soient assurés de notre complet attachement et de notre gratitude infinie.

A notre sœur nous dirons combien nous l'aimons. Son amour ne nous a jamais fait défaut et a toujours été pour nous un grand réconfort moral.

Nous tenons à remercier ceux de nos maîtres de l'Ecole d'Alger qui se sont montrés bienveillants pour nous, souvent indulgents. Nous n'en citerons point de crainte d'en omettre ; mais ceux à qui va notre reconnaissance vive et durable sauront bien se reconnaître ici.

Cependant nous ne pouvons pas ne pas remercier particulièrement M. le professeur Rey qui nous a toujours montré tant de sympathies. Nous garderons toujours un souvenir ému de son inlassable bienveillance, de son affabilité, de sa bonté. Qu'il soit assuré, qu'en toutes circonstances, nous serons prêt à lui témoigner notre dévouement et notre gratitude.

Que M. le professeur Hérail reçoive nos plus vifs remerciements pour l'amabilité avec laquelle il reçut toujours nos requêtes. Nous n'oublierons jamais l'empressement qu'il mit à nous faciliter nos études.

M. le professeur suppléant Etienne Cabanes fut pour nous un véritable ami en même temps qu'un maître éminent. Nous garderons précieusement gravé dans notre cœur le souvenir du dévouement qu'il nous prodigua, ainsi qu'à notre famille, dans des circonstances douloureuses.

Grâce à l'amabilité de M. le professeur Curtillet, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, nous avons pu regagner une grande partie du temps que nous avions malheureusement perdu dans le cours de nos études. Cette circonstance nous a permis de mener à bonne fin certains projets, dont la réalisation est notre plus chère espérance : nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

Dans cette Faculté de Montpellier, où nous avons terminé nos études, nous avons contracté quelques dettes, que nous serons toujours heureux de reconnaître.

M. le professeur Granel fut pour nous d'une paternelle bonté. Qu'il soit assuré de notre entier dévouement. A lui et à son fils, le docteur François Granel, iront toujours nos meilleures pensées et nos sentiments reconnaissants.

Nous conserverons également un excellent souvenir de M. le professeur agrégé Soubeyran, qui fut pour nous un ami en même temps qu'un maître.

Nous tenons à remercier M. le professeur Tédenat de l'honneur qu'il voulut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre plus profond respect.

Nous remercions également M. le professeur de Rouville et M. le professeur agrégé Leenhardt d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Enfin nous suivons et nous précédons dans la carrière médicale d'excellents camarades. Les docteurs Sicard et Ferrari, qui nous ont guidé dans le début de nos études, furent toujours pour nous des mentors précieux ; nous leur adressons nos remerciements chaleureux. Le docteur Sicard particulièrement voulut bien nous indiquer le sujet de notre thèse : nous lui en sommes bien reconnaissant.

Le docteur Charbonnel nous montra à toute occasion beaucoup d'affection et tâcha de nous faire oublier notre isolement en nous entourant de quotidiennes prévenances ; nous lui adressons un affectueux témoignage de sympathie, ainsi qu'aux docteurs Gueit, Laffont, Karoubi, Lévy, Martin, de Mouzon, Paire, Trabut, Bascoul, Viallet qui furent nos compagnons d'études.

Nous remercions particulièrement notre ami le docteur Beaumelle dont le concours nous fut précieux à la fin de nos études médicales.

Nous terminerons en envoyant un souvenir ému à notre regretté camarade le docteur Foltz, prématurément enlevé au début de sa carrière médicale, à l'affection de ceux qui l'entouraient.

L'HYDROCÈLE COMMUNICANTE TUBERCULEUSE

SYMPTOME RÉVÉLATEUR
DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

Par hydrocèle congénitale communicante tuberculeuse, nous entendons, suivant l'heureuse définition de Phocas : « une hydrocèle de nature tuberculeuse survenant dans un canal vagino-péritonéal qui a conservé sa disposition congénitale ; ce dernier mot ne s'applique donc pas à la nature de l'affection, mais à la malformation du contenant. »

Nous ne développerons pas davantage cette définition et nous n'insisterons pas sur la disposition anatomique, condition *sine quâ non* d'existence de cette catégorie d'hydrocèles ; cette malformation congénitale est bien connue aujourd'hui et a été minutieusement décrite.

Les traités classiques ne se montrent pas prolixes sur la question de la tuberculose du canal vagino-péritonéal.

Certes Jonnesco (1), dans son mémoire très documenté de 1891, avait recueilli et commenté 11 cas de tuberculose herniaire.. Quelques années plus tard, Raymond Petit (2) étudia 15 cas de tuberculose vagino-péritonéale à l'occasion desquels cet auteur semble être tombé dans une fâcheuse confusion entre la tuberculose herniaire proprement dite et l'hydrocèle congénitale tuberculeuse, affections étroitement liées au point de vue étiologique, mais cliniquement bien distinctes.

Cette distinction n'a, du reste, été nettement établie ni dans les observations de Tenderich (3) ni dans celles du professeur Broca sur le même sujet.

Cependant, dès 1891, Phocas, de Lille, avait, dans une série d'observations reprises et complétées en 1893 (4), démontré l'existence en tant qu'entité morbide de l'hydrocèle congénitale tuberculeuse. Son élève François (5) reprit ses travaux, mais en se plaçant à un point de vue plus général et en faisant passer au second plan la nature tuberculeuse de l'affection.

Il faut arriver jusqu'en 1901 pour retrouver un véritable écho de la doctrine et des travaux intéressants de Phocas, et la thèse de Jartel (6) est à ce moment le seul travail de longue haleine qui présente l'hydrocèle communicante tuberculeuse comme une entité morbide bien définie. Cette étude où sont collationnées 25 observa-

---

(1) Jonnesco. — Revue de chirurgie, 1891.
(2) R. Petit. — Revue de la tuberculose, 1897.
(3) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1895.
(4) Archives provinciales, 1893.
(5) Thèse Lille, 1891.
(6) Thèse Lille, 1901.

tions de l'affection qui nous occupe démontre surabondamment son existence propre ; nous ne reviendrons plus sur cette démonstration.

L'idée d'apporter nous-même une modeste contribution à l'étude de cette question nous a été donnée par deux cas d'hydrocèle communicante tuberculeuse que nous eûmes l'occasion d'observer à Alger dans le service du professeur Curtillet. Les observations en furent recueillies et rédigées en leur temps par le docteur Sicard, alors interne du service, qui publia à ce sujet une courte mais substantielle étude (1) où nous avons puisé largement, nous nous hâtons de l'avouer.

Et ce n'est pas seulement le but d'enrichir de deux faits nouveaux personnellement constatés l'étude d'une affection en somme assez rarement observée qui nous a poussé à entreprendre ce travail. Son originalité, — si tant est qu'il en ait une, — consistera dans la mise en relief d'un fait que quelques auteurs ont observé et signalé, mais auquel personne, à notre connaissance, — si nous exceptons Sicard, — n'a assigné la place qu'il mérite d'occuper, tant dans l'étude clinique et thérapeutique que dans la pathogénie de l'affection que nous envisageons.

Nous voulons parler de la coexistence constante de la péritonite tuberculeuse dans les cas d'hydrocèle congénitale de même nature, C'est là le fait que nous nous efforcerons d'établir avec l'importante conséquence clinique qu'il entraîne : possibilité du diagnostic précoce d'une péritonite tuberculeuse latente. Telle sera la première idée directrice de ce travail. Nous irons chercher la seconde sur le

---

(1) Sicard. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, mars 1907.

terrain pathogénique. Recherchant le point de localisation primitif de cet épanchement et de ces lésions apparues dans la grande séreuse et dans son cul-de-sac vaginal, nous serons amené à nous écarter des conceptions généralement admises et à considérer l'hydrocèle communicante tuberculeuse non seulement comme une manifestation symptomatique, mais aussi comme un simple épiphénomène (1) de la tuberculose du grand péritoine primitivement atteint.

Nous entrerons immédiatement dans le cœur de notre sujet par la reproduction in extenso ou sous forme résumée d'une série d'observations qui nous ont paru typiques.

Voici le plan que nous nous sommes imposé :

Introduction.

Observations.

Chap. I. — Déductions cliniques.

Chap. II. — Diagnostic de l'hydrocèle communicante tuberculeuse.

Chap. III. — Conception pathogénique.

Conclusions.

---

(1) Nous n'employons pas ce mot dans le sens de fait cliniquement surajouté, mais dans celui de phénomène apparu secondairement.

OBSERVATIONS

Observation I

(Phocas)

C... Armand, âgé de 7 ans, est entré le 16 février 1890 dans mon service.

Le père de l'enfant est mort à l'âge de 60 ans, d'accidents gastriques. Il était tuberculeux. La mère est bien portante. Il existe trois frères tous bien portants.

A l'âge de 3 ans 1/2, l'enfant a eu des convulsions et du délire. Cet état aurait persisté pendant 15 jours. Plus tard, il eut une bronchite qui dura deux mois. Il paraît aussi avoir eu une fièvre typhoïde. Il a souffert un peu des yeux. Tous les hivers il tousse.

Début de la maladie. — Le 15 décembre 1889, les pa-

rents s'aperçoivent que la bourse droite est plus volumineuse que celle du côté opposé. L'enfant interrogé dit avoir reçu un coup de pied, mais il ne sait pas préciser l'époque. Le 20 décembre 1890, on l'amène à l'hôpital à ma consultation, où je constate une hydrocèle congénitale peu réductible. Je prescris des compresses résolutives qui n'amènent aucun résultat. Le 10 janvier, je pratique une ponction avec la seringue de Pravaz et j'aspire le liquide. A la suite de cette ponction, les bourses enflent considérablement et l'enfant entre à l'hôpital le 16 janvier 1890.

Etat actuel. — Les bourses sont considérablement tuméfiées et infiltrées. Il existe un certain épanchement dans la séreuse vaginale droite avec œdème du scrotum. On fait observer à l'enfant un repos complet, on lui élève les bourses sur lesquelles on applique des compresses d'eau blanche. Huit jours suffisent pour faire rentrer tout dans l'ordre. Malheureusement l'hydrocèle n'est nullement modifiée. Elle présente le même aspect qu'avant toute intervention. Cet aspect est le suivant :

Du côté droit il existe une grosseur de 5 centimètres de long sur 4 de large. La peau est normale et glisse sur les parties profondes. A la palpation on sent une fluctuation manifeste, perçue surtout par la manœuvre qui consiste à saisir entre le pouce et l'index les deux parois opposées du scrotum et à les rapprocher brusquement ; on sent alors le liquide fuir entre les doigts qui arrivent bientôt au contact. Cela montre le peu de tension de la poche et l'existence du liquide qui est rendue manifeste par la transparence parfaite de la tumeur. La poche se tend sous l'influence de la toux et des efforts. Elle ne disparaît nullement par le changement de position, ni par le décubitus dorsal. La réductibilité est variable.

Quand l'enfant est resté longtemps debout, il est à peu près impossible de faire refluer le liquide dans l'abdomen. Sous l'influence de quelques heures de repos, la réductibilité se produit avec un peu de difficulté. Quant au testicule, il est en arrière et en dedans dans sa situation normale, il est palpable. L'épididyme ne paraît pas malade, mais il est légèrement douloureux. Le cordon est gros, peu douloureux.

Du côté gauche, le testicule est réductible, il arrive jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe et disparaît quelquefois dans le canal inguinal. Il est un peu plus gros que celui du côté droit, mais il n'est pas douloureux.

Le ventre est volumineux. Il est ballonné, mais il n'est pas douloureux. Du côté des fosses iliaques on trouve à la percussion une submatité, à laquelle on n'attache aucune importance. Il n'existe pas de sensation de flot.

L'état général est assez satisfaisant. L'appétit est médiocre, mais l'enfant est gai et paraît bien portant. Il court dans la salle et on a beaucoup de peine à lui faire garder le repos. On ne trouve du reste rien dans la poitrine, ni du côté des autres organes. La surface extérieure du corps ne présente non plus rien à signaler.

Pendant deux mois, cet enfant reste à l'hôpital. J'essaye successivement sur lui l'influence du repos, la réduction du liquide, le port d'un bandage, l'application prolongée sur les bourses de compresses résolutives. Je l'examine assez souvent pour voir s'il n'existe pas de hernie. Jamais je ne perçois de gargouillement, mais le volume de l'hydrocèle ne se modifie pas.

Dans ces conditions, et vu le bon état général, je me décide à intervenir et à débarrasser l'enfant de son hydrocèle par une cure radicale. Comme il existe une commu-

nication petite, mais réelle de la poche avec l'abdomen, je préfère cette conduite à l'injection iodée.

Le 13 mars 1890, l'enfant est chloroformé et je procède à l'opération de la façon suivante :

Le scrotum est incisé sur une étendue de 6 centimètres environ. Après avoir coupé plusieurs feuillets superficiels, j'arrive sur la face externe de la poche qui est tendue. Je la dissèque facilement en dehors, avec beaucoup plus de précautions en dedans pour ne pas léser le cordon. La poche paraît très épaisse, elle bombe sous l'influence de quelques petits efforts faits par l'enfant pendant la chloroformisation. Avant d'aller plus loin, je l'incise et il s'en écoule une grande quantité de liquide séreux et citrin. J'ai pu facilement recueillir 300 grammes de ce liquide. *Il était, dès lors, évident que ce liquide provenait du péritoine, sa quantité n'étant nullement en rapport avec le petit volume de l'hydrocèle dont je n'estimais pas le contenu à plus de 30 ou 40 grammes.* Le testicule et le cordon font partie de la paroi de la poche, mais avec le doigt je les sépare et je pousse la décortication avec l'ongle aussi haut qu'il m'est possible Arrivé au niveau du canal inguinal, je pédiculise la poche, et, après l'avoir attirée, je la lie au catgut et je la sectionne en abandonnant le pédicule dans le canal. La poche enlevée est épaisse comme les parois du cœcum. Elle présente une face externe lisse et polie, une face interne rugueuse, parsemée de granulations sur la nature desquelles, au moment de l'opération, je fais les plus grandes réserves. Elles ont, en effet, l'apparence de granulations tuberculeuses. Tout le long du cordon qui est épais, on constate aussi un semis de granulations qui recouvrent aussi la surface de l'albuginée et une partie de l'épididyme. Ce dernier contracte des adhérences plus intimes avec la poche, et la

séparation est relativement pénible. L'apparence tuberculeuse de la surface du testicule et du cordon est telle que mes aides me poussent à enlever aussi ces parties. Je ne veux pas faire la castration pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'il ne m'est pas démontré que ces granulations sont certainement tuberculeuses,et,dans le cas où elles le seraient, il ne m'est pas démontré que la castration enlèvera tout le mal qui peut avoir pour origine une tuberculose péritonéale. Enfin, je n'ai pas l'autorisation de procéder à une pareille opération chez un garçon de 7 ans qui jouit d'une bonne santé aux yeux de ses parents. Je me contente donc de gratter ces granulations avec la curette de Volkmann et de saupoudrer les parties avec de l'iodoforme. Après quoi je procède à la pose des deux plans de suture. L'un, profond, appliquant le tissu cellulaire sur le testicule, comprend cinq points de catgut. L'autre, superficiel, au fil d'argent, réunit les lèvres de la peau. Un drain est placé debout à la région supérieure de la plaie et arrive à toucher le testicule. Le pansement est fait antiseptiquement. Le soir de l'opération, le thermomètre placé dans l'anus indique 37°2. L'enfant ne se plaint pas. Le 14 février, la température est de 37°3 au soir; le 15, de 37° au matin, de 39°2 au soir. A partir de ce moment sa température vespérale oscille entre 38°5 et 39° pendant trois jours.

Le 16 février, je défais le pansement et ne trouve rien qui m'explique cette élévation de température.

Le septième jour, j'enlève les points de suture et je supprime le drain. La plaie est réunie par première intention, mais il existe immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, un peu en dehors, une douleur à la pression.

Le neuvième jour, je constate l'existence de la fluctuation. Il s'est formé là un abcès que j'ouvre et que je

draine, abcès probablement dû à la souillure du catgut du pédicule par les doigts peu antiseptisés d'un assistant.

A partir de ce moment, l'enfant reprend des forces et son appétit revient; le 27 mars, l'abcès est guéri et dix-neuf jours après l'opération le malade peut se lever.

Le résultat est alors le suivant : cicatrice linéaire, sauf au niveau de l'abcès et du drain. Sous la peau, des parties dures représentent le cordon fusionné avec le tissu cellulaire épaissi, on trouve le testicule immobilisé. La toux ne produit pas d'impulsion. Le cordon à sa partie supérieure et externe est douloureux. Le ventre continue à être volumineux et la submatité persiste dans les parties déclives. Il existe quelques veinosités dans la région sus-ombilicale.

Le 11 avril 1890, l'enfant sort de l'hôpital un peu pâle, mais en somme assez bien portant. Malheureusement, il n'a aucun soin à espérer dans sa famille qui est très pauvre.

Sur ces entrefaites, la poche enlevée ainsi que le liquide avaient été remis au laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine de Lille. Elles permirent de constater la nature tuberculeuse des granulations de la membrane et de constater la présence au sein du liquide recueilli d'une certaine quantité de bacilles de Koch.

Dès lors, il n'y avait plus de doute. J'avais eu affaire à une tuberculose péritonéale avec hydrocèle.

Le 20 mai 1890, c'est-à-dire six semaines après son départ, l'enfant rentre de nouveau à l'hôpital.

Le ventre est volumineux. Il mesure au niveau de l'ombilic 56 centim. de circonférence et au niveau de la septième côte 60 centimètres. Une ligne, tirée de l'appendice xyphoïde au pubis, mesure 20 centimètres. La distance du nombril au pubis est de 12 centimètres. Dans le décu-

bitus dorsal, le ventre présente une forme ovoïde. Les fausses côtes, les cartilages sont repoussés en dehors. A la station debout, il se produit une saillie dans chaque région iliaque. Au niveau de la région sus-ombilicale, on voit se dessiner quelques veinosités. Deux veines sont particulièrement saillantes : l'une va du sternum à l'ombilic ; l'autre, parallèle à la première, est placée à droite. A la percussion, on obtient une matité complète dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessus du pubis. Cette matité se déplace avec la position qu'on donne au malade. Le signe de flot est évident au niveau de cette zone mate. La douleur à la pression est nulle, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où on la provoque facilement à la pression. Il n'existe pas de douleurs spontanées. Le malade, pendant la station debout, redresse le tronc en le portant légèrement en arrière ainsi que les membres supérieurs.

Les membres inférieurs ne sont pas œdémateux, mais considérablement atrophiés.

L'appétit est médiocre, la diarrhée fréquente.

Le pouls est petit et lent. La température du corps est normale.

A l'auscultation de la poitrine, on ne trouve aucun signe manifeste de tuberculose pulmonaire. L'enfant ne tousse pas.

Les urines sont fort chargées en urates, mais ne renferment pas d'albumine.

La pupille de l'œil gauche est dilatée, signe d'une irritation du péritoine retentissant sur le grand sympathique.

Enfin, l'enfant a beaucoup maigri et pâli.

C'est dans cet état que l'enfant revient à moi. Je l'observe pendant quelques jours et je trouve que son état

général, loin de s'améliorer, devient plus mauvais. La perte de l'appétit et l'amaigrissement s'accentuent de plus en plus. L'apathie augmente. L'état local ne change pas. Le ventre paraît même encore augmenter de volume. Mais, circonstance importante à noter, la matité paraît diminuer et je ne trouve plus de signe de flot. Malgré la disparition de ce dernier signe, je reste convaincu que le péritoine contient une certaine quantité de liquide et je base ma conviction sur ce fait que, lors de la cure radicale de l'hydrocèle, *la grande quantité de liquide que j'avais trouvée n'avait manifesté sa présence que par des signes tout à fait seconddires.*

Renseigné sur la nature de l'affection et persuadé que la terminaison fatale ne tardera pas à survenir, je propose la laparotomie qui me paraît être la seule planche de salut.

L'opération est acceptée et je la pratique le 10 juin 1890.

Après avoir pris les précautions d'usage, je procède à l'opération dans une petite salle spéciale. Le malade est placé sur un lit genre Reverdin. Je fais sur la ligne blanche une incision de 6 centimètres. Je sectionne les feuillets aponévrotiques. J'ouvre la gaîne du muscle droit. A partir de ce moment, je procède avec une grande précaution, de crainte de dépasser le péritoine. En effet, la séreuse est ouverte sans que je m'en aperçoive tout d'abord. Les deux feuillets du péritoine sont accolés par des adhérences intimes et le grand épiploon est intimement uni au feuillet pariétal. Cependant, à ce moment, il s'écoule une très petite quantité de liquide séreux. Avec le doigt, je décolle les adhérences sur une étendue de quelques centimètres, surtout du côté droit, de façon à arriver jusqu'au niveau de la fosse iliaque, siège de la douleur à la pression

et de la matité. Mais je ne trouve pas davantage de liquide. En procédant à ces décollements, je vois sur le grand épiploon de petits noyaux caséeux, manifestement tuberculeux. Je n'ose pas poursuivre plus loin mes manœuvres parce que toutes les observations de cure opératoire de péritonite tuberculeuse que je connais en ce moment ont trait à des péritonites avec épanchement et que je suis convaincu, d'après mes lectures, que la laparotomie ne peut être profitable que dans ces cas. Je me contente donc de saupoudrer les parties d'iodoforme et de refermer l'abdomen par deux plans de suture : l'un profond au catgut ; l'autre superficiel au crin de Florence. Je termine par un pansement antiseptique.

Le soir, la température anale est de 37°2. Le lendemain matin, elle est de 36°8. Elle ne s'élève pas davantage pendant les six jours suivants.

Au bout de dix jours, j'enlève le pansement. La réunion par première intention s'est faite partout, sauf sur un point où la peau reste encore entr'ouverte.

L'enfant commence dès lors à se lever.

Un mois se passe pendant lequel il se produit une amélioration manifeste de l'état général. L'appétit revient. L'enfant mange de la viande, ce qu'il ne faisait plus depuis longtemps. Les digestions sont bonnes. Il n'existe plus de diarrhée. Le facies est meilleur. Le ventre est moins ballonné, il n'est plus douloureux, même dans la fosse iliaque.

Je ne prétends pas que l'enfant soit guéri, mais je suis étonné qu'à la suite d'une intervention que j'ai crue un moment inutile, l'état général ait pu se relever d'une façon aussi évidente.

Le 15 juillet, l'enfant m'est ramené.

Je constate, au niveau de la partie supérieure de l'in-

cision, l'existence d'un point fluctuant. Bientôt, il se forme un abcès qui s'ouvre à l'extérieur par une petite ouverture. Je débride l'ouverture et je panse à l'iodoforme. Malgré les pansements fréquents, l'abcès continue à couler. On est forcé de changer le pansement tous les jours. Je fais des injections d'huile iodoformée. Au mois d'août, je brûle l'abcès au thermocautère ; il paraît un moment vouloir se modifier, mais bientôt l'écoulement recommence. Cependant, l'état général n'est pas mauvais et l'enfant se promène dans la salle. Cet état dure jusqu'au mois de novembre.

A cette époque, je fais une nouvelle cautérisation qui est suivie d'une nouvelle amélioration. Mais bientôt l'écoulement recommence plus fort, la peau s'excorie. La fétidité est extrême. L'état général périclite. J'ai des doutes sur l'existence d'une fistule stercorale.

Au mois de janvier mes doutes deviennent certitude. Il existe à cinq centimètres au-dessous de l'ombilic un petit orifice large de quelques millimètres. Un jour, dans le pansement, je trouve des pépins de raisin. Nul doute alors qu'il s'agit d'une fistule stercorale.

Je me décide à intervenir de nouveau. Le 30 janvier 1891, je pratique l'opération suivante :

L'enfant étant endormi et placé dans la position de Trendelenburg, je passe un point de suture dans les deux lèvres de la fistule et je lie l'anse sur un morceau de gaze iodoformée. Je laisse ce fil en place. Cette manœuvre me donne prise pour exercer quelques tractions sur les parois abdominales, et me donne en même temps une certaine sécurité au point de vue de l'infection. Je circonscris alors la fistule par deux incisions qui en sont distantes de deux centimètres. L'ovale ainsi dessiné atteint en haut l'ombilic et se prolonge en bas à un centimètre au-

dessous de la fistule. De l'extrémité inférieure de l'ovale, j'abaisse une incision verticale de deux centimètres. J'essaie par là d'ouvrir la cavité abdominale. Je n'arrive pas à rencontrer le péritoine, tellement ses adhérences sont intimes avec le feuillet pariétal, mais j'arrive à pénétrer dans l'abdomen et j'enlève toute la portion de peau circonscrite. Je trouve derrière la fistule une anse intestinale. Je décolle avec précaution, et derrière je trouve une autre anse perforée en deux points. La disposition de la fistule est la suivante : La fistule cutanée pénètre entre deux anses intestinales saines ou deux parties de la même anse, et arrive jusqu'au niveau d'une anse intestinale située par derrière et perforée. Il m'est impossible de libérer cette dernière et d'essayer sur elle une suture ou une résection. Les perforations sont grandes à y loger le petit doigt. Je me décide donc à faire un anus contre nature. J'attire l'anse en avant et je pratique sept points de suture avec du fil de soie, d'abord aux deux extrémités de la plaie, puis je la fixe à la peau. Je passe un autre fil à travers l'éperon. Je laisse les fils assez longs afin de pouvoir les tirer au besoin. Je rapproche ensuite la peau en haut et en bas et je tamponne la rigole qui reste sous la peau réunie aux deux extrémités avec de la gaze iodoformée. Cette opération a duré vingt-cinq minutes.

A la suite de cette intervention, il ne se produit aucun mouvement fébrile. Les jours suivants, l'anus fonctionne bien. Le bout supérieur est à gauche. Les matières fécales sont moulées et jaunâtres, mais la généralisation tuberculeuse et l'épuisement ont vite fait d'achever le malade qui meurt un mois plus tard.

Observation II

(Phocas)

(Résumée)

Le nommé H... B.., âgé de six ans, est atteint d'hydrocèle et de hernie congénitales ; légère ascite, tuberculose pulmonaire. Pas d'opération. L'enfant meurt par suite de tuberculose pulmonaire.

Observation III

(Phocas (1)

(Résumée)

Le nommé A... H..., âgé de douze ans, est atteint d'hydrocèle. Antécédents héréditaires tuberculeux. L'enfant présente une tumeur fluctuante. Quand on saisit la poche entre le pouce et l'index et qu'on rapproche brus-

(1) Phocas. — Archives provinciales, 1893.

quement les deux doigts on sent le liquide filer avant que les deux pulpes digitales se trouvent en contact à travers les parois.

La réduction ne s'accompagne pas de bruit de gargouillement : les deux testicules sont descendus et n'ont aucune tendance à remonter dans le canal.

La palpation démontre les faits suivants : *à côté du vrai testicule on trouve un noyau dur, régulier, légèrement aplati, un peu douloureux*, se continuant en haut par un cordon qui n'est pas le canal déférent ; ce noyau est probablement un diverticule inférieur de la poche. Ce noyau ressemble, en somme, à un kyste de l'épididyme. Au premier abord, on dirait qu'il existe trois testicules dont les deux latéraux sont les vrais, et le médian, beaucoup plus dur, est le noyau dont nous parlons. Le ventre est gros et *dans les parties déclives existe une matité qui change avec la position du sujet*. Dans la région sous-ombilicale existe la sensation de flot. Mauvais état général ; appétit médiocre, diarrhée.

Poumon, foie et rate normaux.

L'opération, pratiquée le 29 mars 1892, confirme le diagnostic d'hydrocèle tuberculeuse. A l'ouverture du sac une certaine quantité de liquide brunâtre s'écoule ; la surface interne présente de petites granulations caractéristiques. Pas de séparation entre l'hydrocèle et la vaginale. Cette dernière est extirpée avec le sac. Le canal est respecté ainsi que le testicule et l'épididyme. Suture au crin de Florence. Drainage au moyen de gaze iodoformée.

Les suites opératoires immédiates ont été parfaites. Légère suppuration au niveau du drain.

Le 10 juin, le malade se lève. L'appétit est médiocre, la face très pâle. Ventre un peu douloureux.

Le 28 juin, sur sa demande, il quitte l'hôpital. Dans la

région sous-ombilicale, il y a toujours de la matité. Palpation douloureuse, le ventre n'est pas souple. La plaie est cicatrisée.

L'examen histologique a montré la nature tuberculeuse du sac.

Observation IV

(Belefrage) (1)

(Résumée par Jartel) (2)

Chez un jeune garçon de 4 ans, la moitié gauche du scrotum présente une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule.

A l'aide d'une pression, la tumeur disparaît et son contenu fait irruption dans la cavité abdominale. A la base du scrotum, on sent des nodosités et des aspérités.

On incise les bourses et on trouve le sac et la cavité péritonéale tapissés de tubercule.

La guérison eut lieu.

---

(1) Belefrage. — Referit Universal medical chronicle. Philadelphie, 1893.

(2) Jartel. — Thèse de Lille, 1901.

Observation V

(Tenderich) (1)

(Résumée)

Il s'agit d'un enfant âgé de 4 ans, sans antécédents héréditaires, qui présente un scrotum tuméfié surtout du côté droit. Cette tumeur est molle, fluctuante et facilement réductible sans bruit de gargouillement. Après la réduction, si l'on fait prendre au malade la position debout, le scrotum se gonfle de nouveau. La percussion donne un bruit mat ; pas de transparence. Les deux testicules, le cordon, l'épididyme, sont facilement palpables et normaux. Seul, le testicule gauche n'est pas complètement descendu.

Opération le 12 novembre 1889. A l'incision du sac, il s'écoule un liquide jaunâtre, légèrement sanguinolent. Pas d'intestin. La partie interne du sac est indurée et couverte de petites granulations jaunâtres, grosses comme la tête d'une épingle. Le doigt, introduit dans le canal inguinal, sent sur le péritoine pariétal les mêmes granulations. Les anses intestinales ne présentent rien d'anormal. Extirpation du sac et du testicule et tamponnement de la plaie avec de la gaze iodoformée.

---

(1) Tenderich. — Zeitschrift für Chirurgie, 1895.

L'examen microscopique du sac décela des tubercules miliaires typiques.

Le 7 décembre, le malade sort guéri de sa plaie opératoire et sans traces de sérosité dans l'abdomen. Jusqu'en 1891, ce malade jouit d'une bonne santé. A ce moment l'état général devint mauvais, et en février 1892 apparut fièvre, toux et crachement de sang. Il fit de la tuberculose et en mai 1892 mourut avec des phénomènes d'ascite.

Observation VI

Tenderich (1)

P... B... n'a pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. L'enfant a toujours été malade et est en retard au point de vue corporel. En décembre 1893, les parents remarquèrent une tumeur des bourses qu'ils prirent pour une hernie.

Le 13 mai 1894, il entre à la clinique. On diagnostique une hydrocèle.

Rien au poumon, rien au cœur. Le ventre est un peu enflé. Le scrotum, surtout à droite, a l'aspect d'une tumeur arrondie, fluctuante, grosse comme un œuf d'oie. Les parties inférieures de l'abdomen sont bleuâtres, parcourues par un lacis de veines. Les deux testicules sont

(1) Tenderich. — *Loco citato.*

faciles à palper. Le gauche est gros comme une noisette et situé en bas et en arrière. Le droit est repoussé en haut et en dehors. En avant se trouve une petite tumeur de grosseur égale à celle du testicule. Par la pression sur la tumeur on chasse le liquide dans l'abdomen sans bruit de gargouillement. On sent alors au palper des inégalités et des rugosités.

Si le patient se lève ou s'il tousse le liquide vient refluer dans les bourses et reproduit l'aspect décrit. La matité des parties déclives se déplace suivant la position du sujet.

On pose le diagnostic de tuberculose du péritoine et du canal inguinal.

Opération le 14 mai 1874. A l'ouverture du sac, il s'écoule un demi-litre d'un liquide séreux, légèrement sanguinolent. Sur la face interne du sac et à l'intérieur du canal inguinal, on trouve de petites granulations rougeâtres ayant la caractéristique des granulations tuberculeuses.

On injecte alors dans la cavité abdominale 50 cc. de glycérine iodoformée, et, ne pouvant séparer du sac tuberculeux le testicule et le cordon, on les extirpe. Suture complète.

La plaie guérit sans complications et le 22 mars 1894 le malade est congédié.

L'air de la campagne, une nourriture fortifiante, des soins attentifs amenèrent une amélioration de l'état général et en novembre le père annonçait la parfaite guérison de son fils.

Observation VII

(Råymond Petit) (1)

(Recueillie dans le service du professeur Broca)

Le 8 septembre, on constate une hernie inguinale droite, petite, mais descendant dans les bourses, partiellement réductible. La réduction faite, il reste une petite tumeur ovoïde, dure, indolente, située au-dessus du testicule dont elle semble complètement indépendante, on ne peut la faire rentrer par l'orifice inguinal. La hernie se reproduit facilement par la toux et la station debout. Le ventre est ballonné et élargi sur les côtés.

Le 11, opération. Le sac ouvert laisse échapper un liquide séreux : sa surface interne est villeuse, irrégulière, comme chagrinée ; il n'y a pas d'intestin : il s'agit d'une hydrocèle communicante tuberculeuse. L'opération est terminée par l'extirpation du sac et la suture.

Le 30 septembre, l'enfant sort complètement guéri.

Cinq ans après, le malade est revu jouissant d'une bonne santé. Il a notablement engraissé. Aucune trace de tuberculose.

L'examen microscopique du sac démontre la nature tuberculeuse de la pièce.

---

(1) Raymond Petit. —Revue de la tuberculose, 1895.

Observation VIII

(Jartel) (1)

E... F... entre à l'hôpital le 30 mai 1896 parce que ses parents se sont aperçus que ses bourses augmentaient de volume.

A l'inspection, les bourses sont volumineuses, distendues, surtout à droite. Sensation de flot manifeste. La percussion dénote de la submatité sur tout le trajet inguinal. Le liquide est révélé par transparence et communique avec la cavité péritonéale.

Opération le 21 mai. On sépare le sac du cordon et on le libère de ses adhérences avec l'orifice externe. A l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide citrin sans odeur spéciale. La surface interne du sac est couverte de grains jaunes-blanchâtres qu'on croit être des tubercules. Résection du sac et réunion de la plaie par deux plans de suture.

Huit jours après l'enfant sort. Pas d'examen microscopique de la pièce.

---

(1) Jartel. — Thèse de Lille, 1901.

Observation IX

(Jartel) (1)

B.., C..., âgé de 7 ans avait été déjà opéré d'une hydrocèle congénitale. Pas d'antécédents héréditaires. Etat général très bon. Du côté gauche l'ancienne cicatrice indolore. Le côté gauche des bourses est gros. A la palpation, on sent une tumeur qui remplit le scrotum de ce côté, mais qui se réduit complètement à la pression. Le testicule est en bas et en arrière de la tumeur, de la même grosseur que celui du côté opposé.

La réduction de la tumeur se fait sans le moindre gargouillement, et la palpation du cordon, la tumeur réduite, ne dénote rien d'anormal de ce côté. Dès que la pression cesse, la tumeur se reproduit.

La transparence est parfaite.

A la percussion, matité dans les flancs se déplaçant suivant l'attitude du patient. Rien au poumon.

Opération le 25 juin 1898. On sépare le canal déférent du canal vagino-péritonéal et à l'ouverture du sac s'échappe un liquide citrin assez abondant venant de l'abdomen. Le sac présente des granulations tuberculeuses. Suture de la vaginale et de la peau. Pansement iodoformé compressif.

---

(1) Jartel. — Thèse de Lille, 1901.

Les suites de l'opération sont excellentes. Le 10 février l'enfant sort guéri.

A l'examen microscopique on a constaté des granulations tuberculeuses très nettes.

Le 27 janvier 1900, l'enfant est très bien portant et ne ressent plus rien du côté des bourses.

Observation X

(Jartel) (1)

G... Van M..., âgé de 5 ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1899. Pas d'antécédents.

Le ventre paraît volumineux ; cependant on n'a pas examiné s'il y avait ascite. A la région inguinale droite, on voit une grosseur qui se redressait en partie quand l'enfant était au repos et qui apparaissait au contraire avec les efforts et les cris. Pas de gargouillements. Elle était constituée par deux parties :

1° Une partie supérieure fluctuante et réductible ;

2° Une partie inférieure, formée par un noyau dur, qui ne se réduisait pas, mais qui cependant remontait près du canal inguinal quand on faisait des tentatives de réduction. *Ce noyau était gros comme un petit testicule et paraissait en être un troisième*,

Opération le 18 janvier 1899. Le sac ouvert laisse couler une grande quantité de liquide. Le doigt, introduit

(1) Jartel. — *Loco citato*,

dans la poche, arrive à sentir le gros noyau de l'extrémité inférieure. Une ligature est jetée sur la tumeur qu'on enlève en entier. Réunion de la peau. Pansement.

Examen de la pièce : tumeur tuberculeuse.

L'enfant sort guéri le 4 février 1899.

Observation XI

(Jartel) (1)

D... R.., âgé de 4 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Phocas, le 3 avril 1900. Ses bourses sont devenues volumineuses six semaines avant son entrée.

A cette époque il est possesseur d'une hydrocèle du côté droit communicante, se réduisant sous l'influence du taxis et apparaissant au moment des efforts.

A l'extrémité inférieure se trouve une tumeur transparente ne se réduisant pas et ne paraissant pas augmenter pendant les efforts. Du côté de l'abdomen, on note de la matité bien nette au niveau de la région sous-ombilicale.

Opération le 13 avril. Après incision on extériorise le testicule enveloppé par sa vaginale contenant du liquide. La vaginale ouverte, il s'écoule du liquide clair. *Aucune lésion sur cette vaginale. Il faut se reporter plus haut, en plein dans le cordon, pour trouver une paroi épaisse qui,*

(1) Jartel.— *Loco citato.*

séparée d'avec le cordon, laisse apercevoir par transparence des nodules plus durs manifestement tuberculeux. Il s'agit du canal péritonéo-vaginal qu'on ouvre. Il s'écoule alors peu de liquide, mais par la toux l'écoulement s'accentue. Enfin en soulevant les épaules de l'enfant il s'écoule encore du liquide. Le canal est excisé jusqu'au niveau de l'orifice inguinal externe où il présente un épaississement dû probablement à un noyau tuberculeux. Son extrémité inférieure close est séparée de la vaginale et complètement enlevée.

Le malade n'a pas fait de température à la suite de son opération. Le premier pansement défait montre que la plaie a un peu suppuré. Les bourses sont tuméfiées. Le pansement est souvent renouvelé.

Le 23 avril, les bourses sont dégonflées : la plaie suppure encore un peu : la réuion est presque faite.

L'examen microscopique montre un tissu de granulations infiltré d'innombrables follicules tuberculeux.

Le malade quitte l'hôpital le 12 mai : la plaie est complètement guérie.

Observation XII

(Rédigée par le docteur Sicard. — Service de M. le professeur Curtillet)

A... Michel est un jeune garçon de 7 ans, qui entrait salle Guersant, le 3 avril 1906, avec le diagnostic de hernie étranglée.

La veille, en effet, il avait ressenti brusquement une

vive douleur dans les bourses, en même temps qu'elles étaient distendues par une tumeur volumineuse.

En examinant l'enfant, on est de suite frappé par l'aspect du sac scrotal. D'un volume disproportionné, il présente une coloration rouge inflammatoire ; mais la palpation ne donne pas la sensation spéciale de dureté, de tension de la hernie étranglée. Il n'existe pas de tumeur remplissant les bourses, pas de hernie. On peut, au contraire, à travers le scrotum flasque et sans adhérences, palper très facilement les testicules et les éléments du cordon.

Les anneaux inguinaux ne sont pas élargis et, dans les efforts de toux, on ne sent pas l'impulsion de l'intestin ; mais la palpation permet de sentir, des deux côtés et le long du cordon, de petites nodosités, irrégulièrement sphériques, de consistance fibreuse, absolument indolentes à la pression et spontanément. A gauche, à la partie supérieure du cordon, un de ces nodules se laisse déprimer en son centre et coiffe le doigt comme la cupule d'un gland.

A un second examen, quelques jours plus tard, le scrotum, toujours aussi gros, a perdu sa coloration inflammatoire ; il n'est pas aussi flasque que la première fois et la palpation des divers éléments du cordon n'est plus aussi nette ; de plus, on ne retrouve plus qu'une seule tumeur de chaque côté, moins dure et moins volumineuse. Elles sont situées immédiatement au-dessus des testicules, mais n'ont avec eux aucune adhérence.

En faisant mettre le malade debout, on constate un phénomène nouveau : immédiatement les bourses, surtout la droite, augmentent de volume, et bientôt elles sont distendues par une tumeur grosse comme un œuf de poule,

élastique et mate. Aussitôt que le malade se recouche, la tumeur diminue notablement et il suffit d'élever un peu le scrotum pour la voir disparaître entièrement. Que le malade se lève et la tumeur reparaît de suite ; s'il fait un effort, la distension du scrotum est encore plus rapide et la main, appliquée sur le trajet du cordon, a la sensation d'un flot liquide faisant irruption dans les bourses.

Un examen plus approfondi met en évidence la fluctuation et la translucidité de la tumeur et son siège dans le cordon.

Les testicules sont perceptibles, au-dessous de l'hydrocèle, à gauche ; en arrière, à droite, où la poche descend plus bas.

La nodosité que l'on avait trouvée à gauche, à la partie supérieure des bourses, se distend avec elle et devient apparente ; ce n'est qu'un diverticule du canal péritonéo-vaginal. Quant aux autres tumeurs, elles suivent les mouvements de la poche, s'abaissant et s'élevant avec elle ; elles sont insérées sur sa paroi.

La recherche des signes de la péritonite tuberculeuse est absolument négative : pas de ballonnement du ventre, pas d'induration, aucune douleur spontanée ou provoquée, et pas de matité des flancs ni de la région sus-pubienne.

M. Curtillet pose le diagnostic de tuberculose vagino-péritonéale et décide d'intervenir.

Le 11 mai, l'opération est pratiquée. L'incision est celle de la hernie. Après ouverture du canal inguinal, on trouve le cordon d'aspect à peu près normal, mais un peu augmenté de volume. La fibreuse commune incisée, on découvre le tissu cellulaire sous-séreux infiltré enveloppant comme une sorte de gangue les éléments du cordon, dont l'isolement présente quelques difficultés. A plusieurs

reprises, au cours de ce temps opératoire, le sac se déchire, bien qu'il ait été ouvert et que l'index, introduit dans sa cavité, guide le décollement.

Dès que le sac a été ouvert, *une grande quantité de liquide s'est écoulée, qui devient un véritable flot si l'on rend béant, à l'aide d'une pince, le collet du sac.* Malgré ce courant liquide, malgré l'élargissement de ce collet, aucune anse intestinale, aucune pointe d'épiploon n'apparaît.

Les parois de la poche ne sont pas épaissies. La face externe est lisse ; la face interne, au contraire, semée de granulations saillantes analogues aux granulations tuberculeuses. Très confluentes au fond, elles y forment la tumeur que décelait la palpation. Au niveau du collet, elles constituent une collerette très serrée et, en attirant le plus possible le conduit vagino-péritonéal au dehors, pour le pédiculiser, on voit qu'elles s'étendent très loin sur le péritoine pariétal.

Les lésions sont semblables des deux côtés.

On résèque la poche et on restaure la paroi, après avoir touché à la glycérine iodoformée au 1/10 les tissus qui ont pu être inoculés pendant la dissection du cordon.

Observation XIII

Rédigée par le docteur Sicard. — Service de M. le professeur Curtillet.

L... Paul a 6 ans et demi. Il y a quatre mois que les parents ont constaté chez lui l'existence d'une petite

pointe de hernie droite, qui disparaissait dans le décubitus dorsal. Malgré le port d'un bandage, elle n'a cessé de grossir.

A l'examen, on constate une double tumeur du scrotum ; elle apparaît dès qu'on fait lever le malade ; aussitôt qu'il se recouche, elle disparaît presque complètement et il suffit de pincer le sac entre le pouce et l'index, sans exercer de taxis, pour le sentir se vider de tout son contenu. La réduction se fait sans gargouillement. Les mêmes phénomènes se passent des deux côtés.

Jamais la tumeur n'a présenté de caractère inflammatoire ; jamais elle n'a provoqué la moindre douleur ; cependant, par la palpation, on constate, au fond des bourses, à droite et à gauche, l'existence d'un noyau induré, irrégulier, un peu bosselé, situé au-dessus du testicule, mais sans connexions avec lui, ni avec le scrotum, mobile et suivant les mouvements du sac dont il occupe le fond.

La rapide apparition de la tumeur et sa matité font penser qu'il ne s'agit ni de hernie épiploïque, ni de hernie intestinale, mais bien d'une hydrocèle. On peut, en effet, constater sa fluctuation et sa translucidité.

Comme dans le cas précédent, il n'existe aucun signe du côté de la grande séreuse. Jamais l'enfant n'a eu de troubles digestifs. Il n'y a pas de matité des parties déclives, pas de ballonnements, pas de douleur de l'abdomen ni spontanée ni provoquée, et le malade en donne une démonstration bien convaincante en frappant sur son ventre, de ses deux poings fermés, comme sur un tambour.

Cette fois aussi, le diagnostic fut établi et l'intervention est pratiquée de propos délibéré.

A gauche, le cordon se montre volumineux, translucide.

Après incision de ses enveloppes, on trouve le tissu cellulaire sous-séreux, de coloration chair d'huître, œdémateux et rendant les éléments du cordon très adhérents. Les parois de la poche sont minces, la séreuse n'est pas dépolie ; à sa face interne, il y a des végétations grisâtres verruqueuses, très abondantes et très confluentes au fond, où elles forment un volumineux tubercule ; au collet, il en existe une nouvelle série, qui donne à ce pertuis l'aspect d'un orifice aortique atteint d'endocardite végétante. Ces granulations sont rares et peu saillantes dans le reste du canal vagino-péritonéal, mais s'étendent très loin sur le péritoine pariétal et viscéral.

L'ouverture du sac a donné issue à une petite quantité de liquide citrin, qui augmente dans d'assez fortes proportions quand on ouvre plus largement le collet et qu'on presse sur l'abdomen. L'incision ayant été prolongée au-dessus de l'orifice interne, il sort à nouveau une notable quantité d'ascite, mais l'intestin ne descend pas.

A droite, les lésions sont les mêmes, moins confluentes seulement au fond de la poche, où le tubercule est plus petit, mais entouré d'un archipel de granulations.

CHAPITRE PREMIER

DÉDUCTIONS CLINIQUES

De ces observations se dégage un fait constant : c'est la coexistence, dans l'hydrocèle tuberculeuse, d'un épanchement péritonéal, nous pouvons dire d'une péritonite tuberculeuse. C'est là un caractère que nous avons rarement trouvé en défaut. On le retrouve même dans les observations de Raymond Petit que nous avons volontairement passées sous silence lorsqu'elles avaient trait à des cas de pure tuberculose herniaire. Mais il est à remarquer que, même dans ces faits où la hernie domine le tableau clinique, chaque fois qu'on a trouvé un épanchement dans la vaginale, on a constaté également la présence de liquide dans le péritoine. Il est remarquable également que certains cas, au sujet desquels avait été porté le diagnostic de hernie inguinale, se sont révélés

à l'opération comme des hydrocèles congénitales sans apparence d'intestin dans le conduit vagino-péritonéal.

Dans ces différents cas observés, le liquide péritonéal s'est trouvé plus ou moins abondant. Tantôt, — et c'est ce que nous avons observé dans les deux faits de Sicard, — tantôt l'épanchement de la grande séreuse est très peu abondant et ne s'est révélé par aucun signe clinique. Reprenons l'observation XII : La recherche des signes de péritonite avant l'opération a été *absolument négative*. Cependant lors de l'intervention « une grande quantité de liquide, un véritable flot » s'est écoulé.

Cela prouve bien que le péritoine peut renfermer dans ses parties déclives une quantité appréciable de liquide sans que l'ascite se manifeste par des signes abdominaux.

Dans d'autres cas, au contraire, nous voyons les symptômes de péritonite dominer le tableau clinique, nous assistons à l'apparition d'une véritable ascite avec ballonnement, météorisme, matité (Observations I, II, III, VI, VII, IX, XI.)

Ces derniers caractères assez fréquents dans les faits de Phocas l'ont amené à une conclusion qui se rapproche singulièrement de la nôtre lorsqu'il formule les propositions suivantes :

« 1° L'hydrocèle congénitale commune reconnaît pour cause une ascite ;

» 2° La péritonite tuberculeuse fournit le contingent le plus considérable des ascites. »

Nous n'aimons pas beaucoup, toutefois, l'emploi ici de ce terme d'ascite qui évoque un peu l'idée d'un épanchement péritonéal se révélant par ses propres symptômes primitivement. Il évoque si bien cette idée que Phocas et ses élèves ont été conduits à une conception séméiolo-

gique que nous ne pouvons accepter. Ils font en effet de la *constatation* de l'ascite (météorisme, ballonnement, flot, matité) un élément primordial de diagnostic de l'hydrocèle communicante.

Ces signes sont cependant bien loin d'être toujours présents à l'origine de cette dernière affection. « Un des traits principaux de cette péritonite, a pu dire Sicard, est son *évolution insidieuse.* » Nous trouvons ce caractère nettement établi dans les deux observations XII et XIII et confirmé dans les observations IV, V, VIII, X.

Nous nous croyons donc en droit de renverser la conclusion clinique de Phocas. Ce n'est pas l'ascite qui doit révéler l'existence d'une hydrocèle, mais bien cette dernière qui doit mettre sur la voie d'une péritonite ignorée. Au point de vue clinique, ce ne sont presque jamais les grands symptômes tapageurs de la péritonite généralisée qui ouvrent la scène. L'hydrocèle est le plus souvent le symptôme primitif, c'est elle qui domine le tableau clinique, c'est pour elle que le malade vient consulter, et c'est elle qui doit être pour le praticien averti le signe révélateur d'une péritonite insoupçonnée et latente.

Et n'est-il pas aisé de concevoir le mécanisme de cette première manifestation clinique de la tuberculose du grand péritoine? Nous verrons que si, lorsque nous aborderons l'étude pathogénique de l'affection.

Quoi qu'il en soit, il semble bien résulter de la discussion présente que chaque fois qu'il y aura hydrocèle communicante tuberculeuse on pourra être autorisé à affirmer : il y a péritonite tuberculeuse.

Et cette catégorie d'hydrocèles acquiert de ce fait une importance considérable puisqu'elle devient le symptôme révélateur, pathognomonique, peut-on dire, permettant

de faire le diagnostic précoce d'une péritonite tuberculeuse latente.

Tout l'intérêt clinique de la question va se trouver maintenant ramené autour du diagnostic de l'hydrocèle communicante tuberculeuse elle-même dont nous allons aborder l'étude dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

L'hydrocèle communicante tuberculeuse est une affection de l'enfance. Ce fait a été bien mis en relief par les observations statistiques de Jartel. A partir de l'adolescence, il semble qu'on ait eu le plus souvent affaire à de la tuberculose herniaire.

C'est donc un enfant qui sera amené le plus souvent au médecin, et c'est à l'occasion d'une tumeur au scrotum que ce dernier sera consulté. Nous n'insisterons pas sur les signes de présence du liquide ; ils sont communs à toutes les hydrocèles. Souvent la tumeur siège à droite. Souvent aussi on est en présence d'une tumeur double bilatérale et symétrique. Ce dernier signe a son importance et a été invoqué par Sicard en faveur de l'origine péritonéale du liquide ; nous y reviendrons.

L'impulsion transmise à la tumeur scrotale par l'effort ou la toux est un symptôme important.

Enfin la réductibilité est un signe constant. Mais la réduction ne se fait pas toujours avec la même facilité, on a pu s'en rendre compte à la lecture des observations. Tantôt le décubitus horizontal suffit à faire disparaître le liquide dans l'abdomen ; tantôt il faut avoir recours au taxis plus ou moins prolongé. La réduction est d'ordinaire silencieuse ; lorsqu'elle s'accompagne de gargouillement il faut songer à la coexistence d'une hernie.

Il ne faut pas perdre de vue enfin que, dans certains cas (canal vagino-péritonéal à pertuis très étroit), il pourra y avoir apparence d'irréductibilité ; nous pensons qu'il sera toujours possible par un taxis prolongé de réduire la tumeur s'il s'agit réellement d'une hydrocèle communicante.

Dans ces cas, du reste, la constatation de la nature tuberculeuse de l'épanchement scrotal viendrait emporter les derniers doutes. En effet, abstraction faite des épanchements de la vaginale, symptomatiques de lésions tuberculeuses testiculaires et épididymaires, il n'a guère été observé d'hydrocèles essentielles isolées de nature bacillaire. Un seul fait qui peut plaider en faveur de leur existence a été publié il y a quelques années par Duc (1), sous l'inspiration de son maître Poncet. L'observation concerne un homme de 66 ans, chez lequel apparut une hydrocèle essentielle en même temps qu'une ostéo-arthrite bacillaire du genou. Duc, s'appuyant sur les antécédents du malade et sur l'inoculation positive au cobaye du liquide de l'hydrocèle, conclut à l'existence

(1) Thèse de Lyon, 1903.

d'une manifestation sur la vaginale du rhumatisme tuberculeux décrit par Poncet. Cette conclusion nous semble un peu osée. De graves objections lui ont été opposées que nous ne pouvons nous empêcher de reproduire :

1° Aucune production tuberculeuse spécifique de la vaginalite ne fut observée lors de la cure de l'hydrocèle.

2° Le liquide contenait de nombreux spermatozoïdes, ce qui se retrouve dans les épanchements symptomatiques des kystes de l'épididyme.

3° La formule cytologique de l'épanchement ne ressemblait pas à celle des exsudats tuberculeux (prédominance de lymphocytes), mais était identique à celle des hydrocèles essentielles (placards endothéliaux, polynucléaires).

Il est permis, on le voit, de se montrer sceptique sur l'existence de cet unique cas d'hydrocèle primitive isolée de nature tuberculeuse.

Et on peut considérer la constatation de la nature tuberculeuse d'un épanchement vaginal comme devant entraîner presque nécessairement le diagnostic d'hydrocèle communicante (1).

Comment se présente l'état général du malade? Il sera le plus souvent celui de tuberculeux. Dans un cas de Phocas (observation II), ces symptômes généraux dominaient la scène. Il n'est cependant pas rare de constater un état général très peu altéré, sans lésions pulmonaires concomitantes appréciables; et il est à noter que ces cas coïncident avec une péritonite tout à fait

---

(1) Nous répétons en y insistant qu'il est nécessaire dans ces cas d'avoir soigneusement éliminé du diagnostic les hydrocèles symptomatiques de la tuberculose génitale.

latente, ne présentant pas le moindre symptôme abdominal, pas la moindre submatité sus-pubienne. Ici comme dans les faits de tumeurs d'apparence irréductible, la constatation de la nature tuberculeuse de l'hydrocèle observée viendra éclairer très utilement le diagnostic. Quels sont donc les signes cliniques permettant de déceler cette nature tuberculeuse ?

Nous n'indiquerons que pour mémoire les renseignements fournis par les antécédents personnels et héréditaires du malade ; nous n'insisterons pas non plus sur les symptômes concomitants de tuberculose pulmonaire ou viscérale. Ce sont là, nous l'avons dit, des signes inconstants. On se servira de leur présence ; on ne se laissera jamais impressionner par leur absence.

L'étude cytologique et bactériologique du liquide prélevé par ponction aspiratrice aura certainement une plus grande valeur.

Si la sérosité présente la formule habituelle des exsudats tuberculeux (abondance de lymphocytes), si le bacille de Koch est décelé à l'examen, si des inoculations avec résultat positif peuvent être faites, il est certain qu'on pourra affirmer sans crainte la nature tuberculeuse des lésions. Mais nous avons pu constater dans le cours des observations relatées combien ces signes sont inconstants et parfois contradictoires.

Le bacille de Koch en particulier est souvent absent dans les épanchements nettement tuberculeux.

Nous voici maintenant, par voie d'élimination, appelé à parler d'un signe auquel nous attachons la plus grande valeur tant à cause de sa constance presque absolue que de sa grande netteté. Signalé par Phocas, par Jonnesco, par Raymond Petit, il a été bien mis en lumière par Jartel, et tout récemment par Sicard.

Nous voulons parler de ce noyau induré ressemblant à un troisième testicule que l'on a pu découvrir par la palpation au fond du canal vagino-péritonéal et dont la présence est signalée dans de nombreuses observations. Cette petite tumeur est le plus souvent dure, mobile, indolente, parfois un peu douloureuse à la pression. Phocas (observation III) la décrit ainsi :

« La palpation de ce côté démontre les faits suivants : » A côté du vrai testicule reconnaissable à sa forme, à sa » consistance, à la douleur qu'on y provoque par la pres- » sion et à ses connexions avec le canal déférent, on » trouve un noyau dur, légèrement aplati, un peu dou- » loureux, se continuant en haut par un cordon qui n'est » pas le canal déférent. Ce noyau ressemble à un kyste » de l'épididyme. Au premier abord on dirait qu'il existe » trois testicules dont les deux latéraux sont les vrais, et » le médian beaucoup plus dur est le noyau dont nous » parlons. »

Ce noyau a été rencontré avec la plus grande netteté dans les deux cas de Sicard. Nous le retrouvons dans quatre autres des observations que nous relatons. S'il n'est pas signalé dans les autres cas, c'est que peut-être les auteurs ne lui ont pas accordé l'importance qu'il mérite. Nous dirons en passant que nous l'avons vu mentionné dans la plupart des observations de tuberculose herniaire pure que nous avons parcourues : cas de Burns, de Broca, de Jonnesco, de Raymond Petit. Déclarons sans plus tarder que l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait là d'un tubercule massif isolé. Nous n'hésiterons donc pas à accorder à la perception de ce noyau une importance séméiologique capitale. Il doit dans les cas douteux entraîner le diagnostic d'hydrocèle congénitale tuberculeuse.

Il est difficile de confondre ce tubercule avec une tumeur d'autre nature. Rappelons à ce sujet que l'hydrocèle tuberculeuse congénitale est une maladie de l'enfance. Or les tumeurs malignes, très rares chez l'enfant, peuvent être à peu près négligées dans le diagnostic différentiel.

Le lipome sera aussi facilement éliminé.

Du reste, ainsi que le fait observer Sicard, on ne pourrait se trouver embarrasser en présence du nodule que si l'hydrocèle présentait une vive réaction inflammatoire, fait assez rare. Dans ce dernier cas on se fiera à la mobilité de la nodosité sur les éléments voisins qui sera un excellent signe de diagnostic.

Accessoirement nous pouvons citer encore comme symptômes caractéristiques mais inconstants l'augmentation de volume du cordon et l'existence d'épaississement de la poche perceptibles à travers les téguments.

Nous étant attaché surtout à faire de cette étude une étude clinique nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique de l'hydrocèle communicante tuberculeuse.

Cette anatomie pathologique est très connue depuis les travaux de Jonnesco et de Raymond Petit.

Et qu'on ne s'étonne pas de nous voir nous rapporter ici à ces deux auteurs qui se sont occupés plus spécialement de tuberculose herniaire et dont nous avons un peu négligé les études jusqu'ici. C'est que, si la tuberculose herniaire et l'hydrocèle congénitale tuberculeuse se présentent en clinique — nous l'avons déjà dit — comme deux modalités morbides bien distinctes, elles sont inséparables au point de vue de l'anatomie normale et pathologique. Le diverticule vagino-péritonéal siège, de l'épanchement, n'est en effet qu'un sac herniaire sans hernie. Nous y retrouverons donc les différents types de lésions décrites par Jonnesco :

1° Tubercule isolé sans réaction inflammatoire que nous avons constaté dans les observations de Sicard.

2° Péritonite tuberculeuse à forme miliaire aiguë et à forme cloisonnée.

Le premier type a été soigneusement étudié par Sicard (1), qui après Jonnesco a décrit d'une façon très

---

(1) Sicard. — Revue des maladies de l'enfance :

« La séreuse avait, en effet, conservé partout sa minceur, sa souplesse et sa transparence. Sa cavité était lisse et sans adhérences ni cloisons, et sa face externe était lisse et régulière. Seule, l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-séreux dénotait une faible réaction inflammatoire. Cette infiltration mérite, d'ailleurs, d'être mentionnée, car elle déterminait une adhérence des éléments du cordon avec le sac qui en rendit la dissection pénible, particulièrement chez le premier malade, où elle explique les phénomènes qui avaient pu faire croire à une hernie étranglée.

» A la face interne de la séreuse, le revêtement épithélial ne paraissait pas avoir subi de modifications et avait conservé son aspect brillant, sauf au niveau du fond et du collet, au siège des granulations où il formait des taches laiteuses ; deux ou trois traînées opaques sillonnaient en outre la poche.

» Les granulations, dans les deux cas, affectaient les deux localisations, déjà signalées par Jonnesco dans la hernie, mais qu'il n'a jamais trouvées réunies chez le même sujet.

» Au niveau du collet, c'était de longues végétations exubérantes, formant une sorte de godron et obturant presque la lumière du conduit.

» Au fond, c'était une longue plaque gris rose, saillant de 2 à 3 millimètres sur la face interne du sac, de forme ellipsoïdale et mesurant environ 20 millimètres de long sur 15 de large.

» Sa surface externe était lisse et reposait sur les couches profondes de la séreuse sa surface interne, au contraire, était dépolie et tomenteuse. Autour, quelques granulations gris rosé ou blanchâtres, saillantes aussi ; mais isolées, et plus petites, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'un plomb de chasse.

complète le noyau tuberculeux dont la présence domine tout le tableau clinique et anatomo-pathologique et dont nous nous sommes efforcé dans ce chapitre de démontrer la valeur comme élément de diagnostic.

Pour résumer cette étude diagnostique, nous dirons que l'hydrocèle communicante tuberculeuse se manifestera par les symptômes classiques de toute hydrocèle accompagnés de la réductibilité de la tumeur sans gargouillement. Dans les cas où ce dernier signe manquerait, la constatation de la nature nettement tuberculeuse de la

---

» Cet aspect du tubercule du fond est très caractéristique et répond tout à fait à la description qu'en ont donnée Jonnesco dans la hernie et Raymond Petit dans l'hydrocèle. Quant à sa localisation précise, c'était bien le fond de la poche; toutefois il s'étendait un peu plus haut sur la face postérieure.

» Au point de vue histologique, les granulations étaient constituées par des amas de follicules tuberculeux, reproduisant avec une rare exactitude la disposition classique. Les cellules géantes étaient nombreuses, et affectaient des proportions remarquables, généralement uniques; mais, souvent au nombre de deux, elles occupaient presque toujours le centre du follicule; tout autour d'elles, étaient rangées les cellules épithélioïdes, très altérées dans leur forme, et les cellules embryonnaires entre les follicules du tissu conjonctif jeune, en voie de prolifération, reconnaissable à ses fines fibrilles et à ses nombreuses cellules. Nulle part encore, de tissu de sclérose ; mais cependant la tendance fibreuse était bien marquée et en aucun point il n'existait de caséification.

» Au point de vue de leur situation, ces follicules occupaient les couches superficielles de la séreuse ; à leur niveau, il m'a paru que l'épithélium était desquamé. R. Petit l'avait trouvé épaissi.

» Bien qu'il s'agisse de lésions encore en pleine activité, je n'ai, pas plus que les observateurs précédents, pu colorer le bacille dans les coupes ; mais on l'a déjà trouvé dans le liquide de l'hydrocèle, et son inoculation au cobaye a été positive. »

lésion pourrait suffire à faire porter le diagnostic d'épanchement tuberculeux communicant.

Cette nature tuberculeuse sera révélée rarement par l'état général, parfois par les antécédents, souvent par l'examen du liquide prélevé, toujours par la constatation du tubercule induré précité.

CHAPITRE III

CONCEPTION PATHOGÉNIQUE

Nous nous sommes attaché surtout dans la première partie de ce travail à établir la coexistence de la péritonite tuberculeuse dans l'hydrocèle congénitale de même nature, sans chercher à analyser les rapports intimes qui unissent l'une à l'autre ces deux lésions. De ces deux épanchements coexistants l'un est nécessairement l'origine de l'autre. C'est ce rapport de cause à effet que nous nous proposons d'envisager maintenant en recherchant le point de localisation primitif de l'infection tuberculeuse.

Dans notre étude clinique précédente, nous avons sans doute laissé percer notre opinion à cet égard et donné à entendre que nous ne considérions pas seulement l'hydrocèle communicante comme un signe de péritonite, mais

aussi comme un phénomène pathogéniquement tributaire de cette affection, qui devient en quelque sorte la maladie mère. C'est bien là la thèse qne nous nous proposons de démontrer et qui semble tirée d'une induction logique.

Et cependant nous allons nous trouver ici en contradiction presque constante avec la plupart des auteurs qui ont abordé le sujet avant nous. Ceux-là même, tels que Phocas et ses élèves François et Jartel qui n'ont fait aucune difficulté pour reconnaître la concomitance des deux épanchements, n'accordent qu'avec de nombreuses restrictions l'origine péritonéale du liquide.

Phocas a pu dire, il est vrai (1) :

« L'hydrocèle congénitale communicante reconnaît pour cause une ascite... Il existe une forme d'hydrocèle congénitale qui peut être le premier symptôme d'une tuberculose péritonéale. » Mais lorsqu'il s'est agi d'aborder franchement le point de vue pathogénique, et de choisir entre les deux théories contraires attribuant l'origine de l'épanchement, l'une à la séreuse vaginale, l'autre au grand péritoine, cet auteur a adopté une thèse mitoyenne, si on peut dire, et a placé le foyer initial tuberculeux dans le trajet vagino-péritonéal.

François et Jartel ont repris et développé cette conception dans leurs thèses. Et pour la justifier ils invoquent l'argument suivant: la péritonite dans plusieurs cas occupe le second rang dans le tableau symptomatique dominé par l'hydrocèle.

Notons en passant que ces auteurs se contredisent eux-mêmes puisqu'ils ont fait par ailleurs de la constatation de l'ascite, du météorisme, de la submatité des flancs

(1) Annales provinciales, 1893.

un élément de diagnostic de l'hydrocèle communicante.

Mais en tout état de cause et en acceptant la marche insidieuse de la péritonite dans bien des cas (cette constatation a même été le point de notre argumentation clinique), nous ne voyons pas en quoi ce caractère peut faire préjuger de l'origine vaginale ou vagino-péritonéale de l'épanchement.

Il nous semble aisé au contraire d'expliquer mécaniquement ces cas par la primitivité de l'épanchement péritonéal : le liquide, néoformé dans le péritoine et occupant les parties déclives de la grande séreuse, s'étend dans le petit bassin, arrive à l'orifice profond du canal vagino-péritonéal qu'il suit et tombe dans sa portion scrotale qu'il tend, avant d'avoir pu se trouver d'autre part en quantité assez grande pour se traduire par des signes abdominaux d'ascite.

Les mêmes auteurs, en exposant la théorie de péritonite primitive qu'ils repoussent, comparent l'hydrocèle qui se produirait dans ce cas à l'omphalocèle qui existe souvent avec l'ascite. Nous reprenons volontiers cette comparaison au point de vue pathogénique, en rappelant toutefois qu'il y a au point de vue clinique une différence essentielle entre la valeur symptomatique de l'omphalocèle et celle de l'hydrocèle dont nous nous occupons ici. C'est que la première vient toujours compliquer une ascite déjà manifeste, alors que la seconde peut apparaître en dehors de toute autre manifestation péritonéale.

Mais abordons une démonstration méthodique de la conception pathogénique que nous avons entrepris de défendre, en prenant un à un les faits et les arguments qui militent pour elle.

C'est Guersant fils (1) qui le premier a attribué au liquide de l'hydrocèle congénitale une origine péritonéale. Mais il suppose la préexistence dans le péritoine de ce liquide, qui passerait dans les bourses avec le testicule du rant la vie intra-utérine et empêcherait par sa présence la fermeture du canal vagino-péritonéal. Cette conception ingénieuse est inacceptable, car il a été bien démontré que la cavité péritonéale à l'état normal est entièrement dépourvue de liquide et de vapeur (2).

Vers la même époque, certains auteurs, essayant d'expliquer également l'origine péritonéale de l'épanchement scrotal, font intervenir divers processus morbides. Pour Richter, l'inflammation serait produite par le testicule ectopié. Pour Faure, indépendamment de toute inflammation, le péritoine peut sécréter du liquide consécutivement à une augmentation de pression dans le système porte.

C'est Phocas qui le premier met en évidence la fréquence de la tuberculose péritonéale dans les cas d'hydrocèle.

Mais ces controverses sur la nature la plus commune de l'épanchement présentent un médiocre intérêt pour la question de pathogénie générale qui nous occupe; nous ne les relatons que pour mémoire.

Et nous arrivons aux trois observations recueillies dans la thèse de François qui concernent trois cas de cure radicale d'hydrocèle congénitale obtenue par oblitération du canal vagino-péritonéal (3).

---

(1) Guersant fils. — Gazette des hôpitaux de Paris, 1846, 2 s., t. VIII.

(2) Expériences de Richet et de Delbet.

(3) Observation XI de François.

A. — Il semble bien résulter de ces faits que le liquide contenu dans la tumeur scrotale provenait du péritoine, puisque la simple ligature de la vaginale en haut en a empêché la reproduction qui n'aurait pas manqué d'avoir lieu si le vaginale avait été le point de départ de cet épanchement.

Blum a combattu cette manière de voir, en invoquant l'absence d'ascite dans les hydrocèles congénitales. Nous avons vu que l'existence de cette ascite a été péremptoirement démontrée dans nombre de cas. L'objection tombe donc d'elle-même.

B. — A l'appui de notre thèse, nous devons encore citer le rapport de Verneuil à la Société de chirurgie (octobre 1891. Il soutient, « que dans l'hydrocèle congénitale le liquide est non pas sécrété sur place par la vaginale enflammée qui déverserait son trop-plein dans le péritoine, mais provient de la cavité péritonéale et s'accumule dans le scrotum au moment où il atteint le niveau de l'orifice inguinal ».

Verneuil cite à l'appui de cette opinion le fait suivant :

Chez un homme de trente-cinq ans, monorchide et syphilitique, apparition à la suite d'un effort d'une tumeur volumineuse des bourses. Volumineuse ascite concomitante ; cirrhose du foie. Donc : Monorchidie congénitale avec sac vagino-péritonéal préformé ; apparition d'ascite cirrhotique ; sous l'influence d'un effort, le liquide ascitique se déverse dans la vaginale.

Dans la même séance, Bazy déclare avoir observé un cas identique.

Nous avons également trouvé deux observations de

Macerven (1), dans lesquelles une ascite donne naissance à une hydrocèle à la suite d'un effort violent. Macerven fait d'ailleurs remarquer que le traumatisme n'est pas nécessaire à la production de l'hydrocèle : « Il peut s'établir, dit-il, une véritable filtration du liquide tombant goutte à goutte dans la vaginale. »

Si nous rapprochons ces observations des cas que nous avons déjà recueillis et dans lesquels l'ascite apparaît cliniquement primitive, le point de départ péritonéal du liquide semblera suffisamment établi dans nombre de cas. Nous nous serons ainsi servi de l'ascite comme d'une arme à deux tranchants. Après avoir argué de son inconstance clinique pour mettre en lumière la valeur séméiologique du syndrome hydrocèle, nous faisons de sa constatation primitive dans nombre de cas un argument important en faveur de l'origine péritonéale de l'épanchement. En effet, si on conçoit aisément que le liquide péritonéal puisse s'épancher dans la vaginale avant d'être cliniquement perceptible dans l'abdomen, il est difficile d'admettre, si son point de départ est la vaginale qu'il aille remplir le péritoine abdominal avant de s'être manifesté par une tumeur scrotale.

C. — La bilatéralité et la symétrie fréquentes des lésions d'hydrocèle tuberculeuse apparaissent également, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, comme un argument plaidant pour l'origine abdominale du liquide.

D. — Nous avons lu d'autre part certaines observations ayant trait à des tuberculoses herniaires survenues chez des enfants du sexe féminin et accompagnées de

(1) Macerven. — Hydrocèles biloculaires intra-pelviennes et scrotales (Practitionner, 1896).

péritonite et d'hydropisie du sac. Jartel (1) cite même un cas de ce genre sous la rubrique « hydrocèle congénitale », expression un peu osée puisqu'il s'agit d'une fille !

Ces faits dont l'interprétation n'est pas toujours très aisée nous semblent cependant militer en faveur de notre opinion.

E. — Un fait plus important pour nous est l'intégrité presque constante du testicule et de l'épididyme dans les cas observés d'hydrocèle tuberculeuse communicante. Si le processus tuberculeux prenait naissance dans la vaginale, on s'expliquerait difficilement que ces organes ne prissent pas part à une évolution infectieuse aussi contiguë. Cette intégrité se conçoit au contraire aisément, si le liquide péritonéal vient contaminer une vaginale saine jusque-là.

F. — Enfin nous avons relaté (observation XI) un cas typique observé par Jartel, dans lequel la vaginale, remplie de liquide, présentait cependant une intégrité parfaite. Il fallait remonter plus haut, en plein dans le cordon, pour constater la présence de nodules manifestement tuberculeux qui remplissaient le canal vagino-péritonéal ; ces lésions paraissaient s'accentuer à mesure qu'on remontait vers le péritoine.

On voit à quel point est instructive cette observation qui montre bien la marche du processus d'infiltration tuberculeuse parti du péritoine et s'acheminant vers la vaginale.

G. — Nous allons clore cette discussion par un dernier argument, le plus simple de tous sans doute, mais non le moins puissant : La péritonite tuberculeuse, en dehors

(1) Observation XI de la thèse de Jartel. Lille, 1901.

de toute persistance congénitale du conduit vagino-péritonéal, est une affection relativement fréquente chez les enfants. Par contre, l'hydrocèle tuberculeuse primitive et isolée est une véritable curiosité pathologique, et on peut se demander si elle a jamais été constatée. Lorsque la coexistence de ces deux affections est déterminée et qu'on songe à établir entre elles un rapport de cause à à effet, il semble conforme à l'élémentaire logique d'attritribuer à la péritonite tuberculeuse le rôle d'affection et d'infection primitives, à l'hydrocèle communicante celui de localisation secondaire de l'épanchement et du processus dégénératif tuberculeux.

Qu'il nous soit permis de faire, en terminant, une courte incursion sur le domaine de la thérapeutique que volontairement nous n'avons pas fait entrer dans le cadre de ce travail. La péritonite tuberculeuse est considérée comme fréquemment curable chez l'enfant par le seul fait du traitement reconstituant, à condition toutefois que ce traitement soit institué de très bonne heure. Voilà donc amplement justifiée l'importance du diagnostic précoce de cette affection.

CONCLUSIONS

I. — L'hydrocèle communicante tuberculeuse coïncide d'une manière constante avec une péritonite tuberculeuse parfois déclarée, le plus souvent latente. Elle acquiert dans ce dernier cas la valeur d'un véritable symptôme révélateur de cette dernière affection.

II. — Son diagnostic est basé sur la réductibilité de la tumeur et sur la constatation de la nature tuberculeuse de la lésion. Dans les cas douteux, ce dernier caractère doit emporter le diagnostic.

Le noyau tuberculeux induré et isolé signalé par Phocas, décrit par Jonnesco, est le signe révélateur par excellence de la nature tuberculeuse de l'affection.

III. — L'hydrocèle communicante tuberculeuse envisagée au point de vue pathogénique nous apparaît comme l'épiphénomène d'une péritonite tuberculeuse survenant chez un sujet à canal péritonéo-vaginal non oblitéré. C'est la descente mécanique dans les bourses d'un liquide formé dans le péritoine abdominal, en même temps que la propagation à la vaginale d'un processus morbide qui a son point de localisation primitif dans la grande séreuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1845. Guersant fils. — Gazette des hôpitaux de Paris, 2e s., t. I.

1846. — De l'hydrocèle dans l'enfance. Gazette des hôpitaux, 2e s., t. VIII.

1872. Panas. — Recherches sur l'étiologie de l'hydrocèle. Arch. gén. de méd.

1875. Letulle. — Hydrocèle congénitale suppurée. Bull. soc. anat., Paris, t. I, p. 485.

1883. Hanot. — Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose.

1884. Southam. — Brit. med. Journ. London, t. I, p. 161.

1887. Barès. — De l'ascite chez l'enfant. Thèse Paris.

1890. Blum. — Thèse de Paris.

1891. Jonnesco. — Revue de chirurgie, nos 5 et 6.

1891. François. — Thèse de Lille.

1891. Verneuil. — Rapport à la Société de chirurgie (octobre).

1892. Faure. — Gazette des hôpitaux.

1893. Phocas. — Archives provinciales.

1893. Belefrage.—Referit Universal med. chronicle. Philadelphie.

1895. Tenderich.— Deutsche Zeitschrift für chirurgie.

1896. Macerven. — Hydrocèles biloculaires intrapelviennes et sacrotales. Practitionner.

1897. Raymond Petit. — Revue de la tuberculose, p. 219.

1897. Buyck. — Thèse de Paris.

1897. Broca. — Tuberculose du canal vagino-péritonéal chez l'enfant.

1898. Nurdin. — Thèse de Paris.
1898. Broca et Pilliet. — Bull. de la Soc. anat., p. 794.
1898. Galavielle. — Soc. de Biol., t. V. Séance du 5 novembre.
1901. Jartel. — Thèse de Lille.
1903. Baïtcheff. — Thèse de Montpellier.
1903. Duc. — Thèse de Lyon.
1907. Sicard (G,). — Rev. mens. des maladies de l'enfance (mars).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 décembre 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 décembre 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!